

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: K/0818/1058

APPLICATION DATE: 14.08.18  
आवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT:  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

58 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम

CHHAKA OSTAGAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कामन आवासीय पत्ता

CHINE POKUR, SHANPOKUR, TATHINGORE,  
SOUTH 24 PARGANDHS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पत्ता

— H.S GROUP —



OCCUPATION:  
प्रवासी

DOMESTIC HELP

TOTAL ANNUAL INCOME:  
प्रत्याप वार्षिक व्यय

RS. 1200 × 12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)  
(व्यय का सापेक्ष संलग्न)

PAN No. स्थायी ज्ञात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
कमा व्यय वाप कर रहा है (जो जन्म हो उस पर जाती का निश्चय लगाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS:** घरीया विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के बाहर सम्बन्ध
1.	JAYDA OSTAGAR	58	F	SELF DAUGHTER
2.	HADINA BIBI	35		
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				
101.				
102.				
103.				
104.				
105.				
106.				
107.				
108.				
109.				
110.				
111.				
112.				
113.				
114.				
115.				
116.				
117.				
118.				
119.				
120.				
121.				
122.				
123.				
124.				
125.				
126.				
127.				
128.				
129.				
130.				
131.				
132.				
133.				
134.				
135.				
136.				
137.				
138.				
139.				
140.				
141.				
142.				
143.				
144.				
145.				
146.				
147.				
148.				
149.				
150.				
151.				
152.				
153.				
154.				
155.				
156.				
157.				
158.				
159.				
160.				
161.				
162.				
163.				
164.				
165.				
166.				
167.				
168.				
169.				
170.				
171.				
172.				
173.				
174.				
175.				
176.				
177.				
178.				
179.				
180.				
181.				
182.				
183.				
184.				
185.				
186.				
187.				
188.				
189.				
190.				
191.				
192.				
193.				
194.				
195.				
196.				
197.				
198.				
199.				
200.				
201.				
202.				
203.				
204.				
205.				
206.				
207.				
208.				
209.				
210.				
211.				
212.				
213.				
214.				
215.				
216.				
217.				
218.				
219.				
220.				
221.				
222.				
223.				
224.				
225.				
226.				
227.				
228.				
229.				
230.				
231.				
232.				
233.				
234.				
235.				
236.				
237.				
238.				
239.				
240.				
241.				
242.				
243.				
244.				
245.				
246.				
247.				
248.				
249.				
250.				
251.				
252.				
253.				
254.				
255.				
256.				
257.				
258.				
259.				
260.				
261.				
262.				
263.				
264.				
265.				
266.				
267.				
268.				
269.				
270.				
271.				
272.				
273.				
274.				
275.				
276.				
277.				
278.				
279.				
280.				
281.				
282.				
283.				
284.				
285.				
286.				
287.				
288.				
289.				
290.				
291.				
292.				
293.				
294.				
295.				
296.				
297.				
298.				
299.				
300.				
301.				
302.				
303.				
304.				
305.				
306.				
307.				
308.				
309.				
310.				
311.				
312.				
313.				
314.				
315.				
316.				
317.				
318.				
319.				
320.				
321.				
322.				
323.				
324.				
325.				
326.				
327.				
328.				
329.				
330.				
331.				
332.				
333.				
334.				
335.				
336.				
337.				
338.	</			

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा घोषणा की-

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
  - मैं घोषक काल ₹ ५० हजार रुपये में दिये गये सभी विवरण में सही जानकारी भंग करना चाहता हूँ तथा इस बाबत पर्याप्त जाहिर है। परं कोई विवरण एवं काम का अलग पाया जाता है तो मैं उसका विवर भी नहीं दिया है।
  - मैं इस वेस्ट्री जीवन "कॉरिक्ट वार्डर्सेस", में भी जा रही हूँ, उसके उपर्योग को शुरू के लिए विवर जारी, जो इस छात्रवाच में भटक गया है।
  - मैं शुरू काल ₹ ५० हजार रुपये में यह प्राप्ति की गयी है, जो जारी जा रही रिकॉर्ड व सबका विवर विवरी तथा घोषितरिक्त करनी है तो वह सिर्फ ही नहीं बहुत ज्यादा ही भी नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donation to Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- इस प्रकार यह विवरण यह अंगते की भाव लगाता है कि (व्यापेक) अपनी सामग्री को बुद्धि करका है कि "कोशिका पाराइन" और उसके "नवाहीर्ण" को अधिकृत करका है कि ये नाम, चाहे भी हो विवाह इस प्रकार में भीषित है, तबसे "कोशिका" एवं नवाही, दार, पाराइन एवं उसके उत्तरार्थ में युक्ती प्रतिशिखित और उत्तरार्थित वे विवेदितों गोपनीयता या व्यापार व्यापार में प्रत्याहित करने के लिए अभिष्कृत है। ये प्रकार का विवरण देसे इत्यत्र के जल्दी यह यह ये कहने के लिए "कोशिका पाराइन" व नवाही अभिष्कृत है।
  - वे (व्यापेक) इस बात से समाज है कि ये नाम, चाहे, चाहों और विवाह जो कि सामाजिक उत्तरार्थ में युक्ती प्रतिशिखित का विवेदित अधिकृत और उत्तरार्थित होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

www.vedicmaths.org



AGREEMENT by HOSPITAL (SIGNATURES AND LOGOS)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we [Hospital] Herby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves It's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & It's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनके अधिकारी, उत्तमता की ओर से यात्रा-पर्यटकों को "वैश्विक पात्रतावादी" से विश्व यात्राका हेतु गिरिधरी की जाती है, जिसे इस (यात्राका) निम्न उत्तर से यात्रा का भौतिक बनाते हैं:

- 1) यह कि न हो चाहिए तो वह भी भविष्य में विलिप्त भावावल कियी और साकारी संस्कार पर कियी अब स्वतंत्र से उनके ऐंटीप्रॉपर्टीज़ में जुड़ी थी तो है, यही कि इनके "कोरिशिया फारम-दोर्स" से विलिप्तिकियी उनके द्वारा भविष्य में "कोरिशिया फारम-दोर्स" द्वारा बदल हुआ कि है। यह "कोरिशिया फारम-दोर्स" द्वारा भावावल कियी गयी विलिप्त भावावल सकारा हुए गया। यही किया जाता है कि भावावल कियी जाने और साकारी संस्कार पर कियी अब भावावल से भावावल लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ ने नहीं कहा जाता है कि भावावल द्वितीय बदल उनके ऐंटीप्रॉपर्टीज़ में हुआ किया।



**RECOMMENDED** For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)  
✓ अस्वीकृत /  स्वीकृत या स्वीकृत नहीं.

## ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery  
अंतिम शो तिथि  
14/08/18

Dr. Lok Agrawal  
FJD(Eye)FMRF, FSNSC  
Reg. No. 34786  
Agrawal Eye Foundation & Research Centre  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SANCTIONED संमिलित	REJECTED नकारात्मक	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इमामा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इमामा 2
			